

Los Días: _____

Fecha de Comienzo: _____

Solicitud del Programa Después de la Escuela del Primetime

Crocker Farm LSSE

Wildwood LSSE

Información del Niño/a

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La Escuela Actual: _____ Grado: _____ Edad: _____

La Dirección(es) del Niño/a: _____

Número de la Casa : _____

Idioma Principal: _____ Las Marcas Indentificativas: _____

Color del Ojos: _____ Color del Pelo: _____ Color del Piel: _____

Sexo: _____ Altura (pies y pulgadas): _____ Peso: _____

Información del Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián: _____	Nombre del Padre/Guardián: _____
Relación con el/la Niño/a: _____	Relación con el/la Niño/a: _____
La Dirección de Casa: _____	La Dirección de Casa: _____
Número de Celular: _____	Número de Celular: _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____
Trabajo: _____	Trabajo: _____
La Dirección de Trabajo: _____	La Dirección de Trabajo: _____
Número de Trabajo: _____	Número de Trabajo: _____

Información del Seguro de Salud

El Médico del Niño/a: _____ Seguro de Salud _____ El Número de Póliza _____

La Dirección: _____ El Número del Telefono: _____

¿Alergias/Dietas? _____

¿Una enfermedad Crónica? Caso si, llene un formulario del seguro de salud individual por favor.

¿Limitación especial o iniquidades? Si No De ser si, explique por favor: _____

¿Plan Educativo Individual (IEP)? Si No

Por Favor, provee la documentación de un examen físico y las vacunas de acuerdo con los requisitos del salud pública, y la evaluación de envenenamiento de plomo de acuerdo con los requisitos del salud público con este formulario.

Yo autorizo el personal formado con los conocimiento básico de Primeros Auxilios y RCP administrar Primeros Auxilios a mi niño/a cuando sea necesario. Yo entiendo que en caso de una emergencia médica, la escuela usará todos sus esfuerzos para ponerse en contacto conmigo. Sin embargo, si no pudiera ponerse en contacto conmigo,

yo autorizo el programa llevar mi niño/a por la ambulancia al centro médico más cercano y asegurar el tratamiento médico.

Firma del Padre/Guardián: _____

Nombre de Niño/a: _____

Otro Contacto de Emergencia

Nombre 1: _____ Deje ir con su niño/a? (si/no) _____

Relación: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Número de Casa: _____ Número de Trabajo: _____

Nombre 2: _____ Deje ir con su niño/a? (si/no) _____

Relación: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Número de Casa: _____ Número de Trabajo: _____

Nombre 3: _____ Deje ir con su niño/a? (si/no) _____

Relación: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Número de Casa: _____ Número de Trabajo: _____

Plan de Transporte

Al llegar:

Dejado por los Padres _____

De Clase _____

Del Bus/Van _____

Otro: _____

De Salir:

Recogido por los Padres _____

Camina Sin Supervisión (**Otra hoja del permiso requerida**) _____

Del Bus/Van _____

Otro: _____

Yo doy el permiso a las siguientes personas recoger mi niño/a del programa:

Si es la primera vez que recoga al niño/a debe traer tarjeta de indentificación.

Por Favor proporcione una copia de cualquier acuerdo o orden jurídico que se trata de recoger el niño/a.

Nombre 1: _____ Cualquier momento que venga _____

Cuando yo les avise con anticipación _____

Número del Teléfono: _____

Nombre 2: _____ Cualquier momento que venga _____

Cuando yo les avise con anticipación _____

Número del Teléfono: _____

Nombre 3: _____ Cualquier momento que venga _____

Cuando yo les avise con anticipación _____

Número del Teléfono: _____

Publicación de la Foto

Si _____ No _____ : ***LSSE puede utilizar los videos y las fotos de mi niño/a en participando en las actividades del programa para el uso promocional, los eventos recaudatorios materials educativos, y lindos recuerdos.***

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

La Divulgación de la Información:

Yo, _____, doy permiso al **Personal del Después de la Escuela de Prime Time** compartir e
(nombre del padre/guardián)

intercambiar información con el personal de la escuela de Crocker Farm con respeto a mi niño/s
_____ para proveer lo mejor atención a mi/s niño/s.
(nombre/s del/os niño/s)

Esto puede incluir información de una discapacidad. _____ (initial)

Firma _____ Fecha _____

Información de Pagos:

Nombre del Niño/a: _____

Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Fridays a las 3:15-5:30; Tiempo Completo (5 Días al Semana)

El Número del Días por Semana

1 día por smna (L,M,W,J,V) \$54.00 Tasa Mensual

Tiempo Completo (Lun.-Vier.) \$260.00 Tasa Mensual

Las cuotas son facturadas mensualmente, por adelantado.

Por devuevle a: LSSE, 70 Boltwood Walk, Amherst, MA 01002

Para más información llama a 413-259-3065 o 413-259-3192 (Español)

Pago

En Efectivo _____

Cheque (made payable to the Town of Amherst) _____

Tarjeta de Crédito Visa ___ MasterCard ___ Discover _____

_____ - _____ - _____ Fecha de Exp.: ___/___

Si usted quiere que cargemos su tarjeta automáticamente sobre una base mensual, por fa marque aquí: _____

¿Cuál mes quiere que comience el cargo automático?: _____